UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N. 27

# CONTRIBUTION

## à l'Etude du traitement des dermatoses bulleuses

par la

## Vaccination répétée

# THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

*Présentée et soutenue publiquement en mars 1948*

PAR

Jacques PETIOT

Membres du Jury

| | |
|---|---|
| MM. NANTA | *Président* |
| SENDRAIL | |
| GADRAT | *Assesseurs* |
| BAZEX | |
| LASSERRE | *Suppléant* |

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6
—
1948

# Contribution à l'étude du traitement des dermatoses bulleuses par la vaccination répétée

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0066

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N. 27

# CONTRIBUTION

## à l'Etude du traitement des dermatoses bulleuses

### par la

## Vaccination répétée

# THESE

Pour le Doctorat en Médecine

(DIPLOME D'ETAT)

*Présentée et soutenue publiquement en mars 1948*

PAR

Jacques PETIOT

Membres du Jury

| | | |
|---|---|---|
| MM. | NANTA | *Président* |
| | SENDRAIL | |
| | GADRAT | *Assesseurs* |
| | BAZEX | |
| | LASSERRE | *Suppléant* |

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU VIGUIER
6, rue Ninau, 6

1948

# UNIVERSITÉ DE TOULOUSE
# FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

## TABLEAU DU PERSONNEL

| | |
|---|---|
| DOYEN | MM. CALVET. |
| ASSESSEUR | LEFEBVRE |
| Doyens honoraires | BARDIER. |
| | GORSE. |

## PROFESSEURS HONORAIRES

| | | | |
|---|---|---|---|
| MM. DALOUS | MM. RISPAL | MM. MOOG | MM. MAURIN |
| ESCAT | LAFFORGUE | MERIEL | RIBAUT |
| | ARGAUD | CAUBET | SERR |

## PROFESSEURS

| | |
|---|---|
| Clinique de neurologie et de psychiatrie | MM. RISER. |
| Clinique médicale | TAPIE (J.) |
| | ROQUES. |
| Clinique obstétricale | GARIPUY. |
| Physiologie | SOULA. |
| Clinique chirurgicale et du Cancer | DUCUING. |
| Physique biologique et médicale | BUGNARD. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | NANTA. |
| Chimie et Toxicologie | BRUSTIER. |
| Pathologie générale et médecine expérimentale | SENDRAIL. |
| Clinique chirurgicale et gynécologique | LEFEBVRE. |
| Anatomie | CLERMONT |
| | VALLOIS |
| Histoire naturelle | DELAS. |
| Clinique médicale infantile et puériculture | SOREL. |
| Pharmacie | CAUJOLLE. |
| Pathologie interne | MOREL |
| Bactériologie, hygiène, médecine sociale | ANDRIEU. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopedie | N... |
| Clinique des maladies des voies urinaires | FABRE (P.). |
| Matière médicale | VINCENT |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie | MERIEL (P.). |
| Anatomie pathologique | FABRE (J.) |
| Clinique O.R.L. et de chirurgie maxillo-faciale | CALVET |
| Clinique ophtalmologique | CALMETTES. |
| Chimie biologique | N... |
| Médecine légale et Médecine du Travail | PLANQUES |
| Histologie et Embryologie | BROUSSY. |

## PROFESSEURS SANS CHAIRE

| | |
|---|---|
| Physiologie | BAISSET |
| Obstétrique | GUILHEM |
| Anatomie | COULOUMA |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

| | |
|---|---|
| Histologie | MM. BIMES, ch. de f. |
| Anatomie | LAZORTHES |
| Médecine | GADRAT |
| | DARNAUD |
| | GERAUD |
| | DARDENNE |
| | LAPORTE |
| Chirurgie | VIRENQUE |
| | GRIMOUD |
| | RIEUNAU |
| | DIEULAFE |
| | DAMBRIN (P.) |
| Ophtalmologie | DEODATI |
| Chimie médicale | VALDIGUIE (P.) |
| Physique médicale | MARQUES |
| Pharmacie | COUTURIER |
| Chimie générale phamaceutique | BLANC |
| Histoire naturelle et pharmaceutique | Mme DULUCQ-MATHOU |

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## COURS COMPLÉMENTAIRES

| | |
|---|---|
| Cours d'obstétrique aux élèves sage-femmes | MM. GARIPUY. |
| Cours d'anatomie physiologique et pathologie élémentaire aux élèves sages-femmes | GUILHEM. |
| Chimie biologique | VALDIGUIE (P.). |
| Chimie pathologique | VALDIGUIE (P.) |
| Chimie minérale | BLANC. |
| Stomatologie | CADENAT. |
| Physique pharmaceutique | AUVERGNAT |
| Dermatologie et Syphiligraphie | BAZEX |
| Législation pharmaceutique | BOUISSET. |
| Microbiologie | BOUISSET. |
| Clinique de la Tuberculose | MOREL DAMBRIN (P.) |
| Parasitologie | LASSERRE |
| Botanique et Cryptogamie | Mme DULUCQ-MATHOU. |
| Chimie analytique | MM. BLANC. |
| Médecine Sociale et du Travail et Assurances Sociales | BOUNHOURE |
| Anatomie médico-chirurgicale | THOMAS. |
| Pharmacodynamie | BOUNHOURE |
| Bactériologie et Hygiène | LAPORTE |
| Urologie | LHEZ |
| Ophtalmologie | DEODATI |
| Neuro-chirurgie | LAZORTHES. |
| Clinique O.R.L. | CLAUX |
| Secrétaire de la Faculté | DUCROS |

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891)

## A LA MEMOIRE DE MON PERE

BARTHÉLEMY PETIOT

*Professeur agrégé de l'Université*

Ravi trop tôt à notre affection.

Nous lui devons tout. Sa vie restera pour nous le plus pur exemple de bonté et de conscience professionnelle.

## A MA MERE

Qu'elle veuille bien trouver ici toute ma reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'elle s'est imposée pour moi.

## A MA FEMME

Chère compagne des jours heureux et difficiles, je dédie ce modeste travail, en témoignage de mon amour.

## A MES AINES

## A TOUS LES MIENS

## A MES AMIS

## A MES MAITRES

A MON MAITRE
ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR NANTA

*Professeur de Clinique*
*des maladies cutanées et syphilitiques*
*à la Faculté de Médecine*

Qui nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre reconnaissance infinie pour son amabilité, ses leçons, ses conseils.

## A NOTRE JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR SENDRAIL

*Professeur de Pathologie générale*
*et de Médecine expérimentale*

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GADRAT

*Médecin des Hôpitaux*
*Chargé de cours à la Faculté*

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BAZEX

*Chargé des cours de Dermatologie*
*et de Syphiligraphie*

Il a bien voulu nous inspirer l'idée de cette thèse et nous guider dans sa réalisation.

En témoignage de notre reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LASSERRE

*Chargé de cours à la Faculté*

# Plan

I. — Histoire de la variole et de la vaccination jénérienne.

II. — Etude des maladies traitées par la vaccination antivariolique.

1. *Herpès.*
2. *Aphtose.*
3. *Periadénitis mucosa necrotica recurrens.*
4. *Maladie de Duhring.*

III. — Relevé de 20 observations personnelles.

Conclusion.

# Histoire de la Variole et de la Vaccination Jennerienne

L'existence de la variole dans l'antiquité est restée un point fort incertain de la pathologie historique. Il est impossible de situer exactement l'époque à laquelle cette maladie fut vraiment reconnue et individualisée au point de vue clinique.

Les épidémiologistes, en général, sont tentés de la considérer comme une affection relativement nouvelle, malgré LAZARE-RIVIÈRE (gloire de la médecine du XVII^me^ siècle) qui, parlant de la variole dans l'antiquité, affirme que, grâce à la douceur du climat de la Grèce cette maladie ne donnait qu'une légère indisposition, ne réclamant même pas le secours des médecins.

Le même auteur prétend que, par la suite, cette maladie s'est aggravée en s'étendant à

travers le monde, « parce que les impuretés du sang maternel, n'étant plus neutralisées par la salutaire influence de l'atmosphère, avaient contracté une qualité vénéneuse ».

Anglada, au contraire, soutient que, si la variole avait existé dans l'antiquité, les Anciens auraient certainement noté les cicatrices si caractéristiques qu'elle laisse après elle.

C'est vers le VI^me^ siècle, semble-t-il, qu'il faille rechercher les premiers témoignages convaincants. Une sérieuse épidémie sévissait alors dans le diocèse de Grégoire, qui nous rapporte ainsi les faits :

« En l'an 582, la Touraine était ravagée par la maladie valétudinaire. Le sujet, pris d'une fièvre violente, avait bientôt toute la surface de la peau couverte de vessies ou de petites pustules. Les vessies étaient blanches et assez dures, et s'accompagnaient d'une vive douleur. Dès qu'elles avaient atteint leur maturité, elles crevaient et laissaient échapper l'humeur qu'elles renfermaient. Leur adhérence aux vêtements en contact avec le corps augmentait considérablement la douleur. L'art des médecins était complètement impuissant contre cette maladie, à moins que Dieu ne leur vint en aide. Plusieurs obtinrent cette grâce, après avoir imploré aux pieds des autels la miséricorde divine. »

Puis, la variole semblait perdre du terrain

dans le monde, lorsque l'invasion des Sarrasins lui redonna une telle impulsion que certains écrivains prétendirent alors que c'était la première apparition qu'elle faisait. Les armes la pransportèrent dans la Lycie, la Cilicie, la partie occidentale de l'Asie. De là, elle gagna la Chine. Les Sarrasins ramenèrent encore le fléau en Europe par la conquête de l'Espagne et de la Sicile au VII^me^ siècle. Plus tard, au XII^me^ siècle, de nombreux peuples, à leur retour de la Terre Sainte, importèrent le fléau dans leur pays. Puis, jusqu'au XV^me^ siècle, on note plusieurs épidémies en Hollande, Angleterre, Pologne, Allemagne, Espagne, France et Italie.

Ce furent ensuite les Espagnols qui, au XVI^me^ siècle, la portèrent en Amérique où elle se propagea si bien qu'au XVIII^me^ siècle aucune partie du Globe n'avait été épargnée par le fléau.

Ce fut alors le XIX^me^ siècle, qui fit son entrée dans le monde avec l'admirable découverte de JENNER.

Ce dernier, au cours d'une grande épidémie de variole, avait constaté que certains sujets. qui s'étaient contaminés au contact des vaches atteintes de cowpox, se montraient ensuite réfractaires à la variolisation préventive et traversaient indemnes les épidémies de variole. JENNER s'attacha alors à bien carac-

tériser cette maladie, puis il s'assura qu'elle était inoculable à l'homme et que la lésion ainsi produite était elle-même inoculable en série.

Ce fut un enfant, James PHILIPS qui, le 14 mai 1796, fut le premier à être préservé expérimentalement de la variole par inoculation au bras de la pustule survenue spontanément sur une jeune fermière, Sarah.

Quelques jours s'étaient passés lorsque apparut une éruption caractéristique de « picote ». Un an plus tard, JENNER pratiqua sur le jeune enfant une insertion de virus actif de la variole. Il n'en résulta aucun effet.

Ainsi, la première vaccination venait d'être réalisée. Un an plus tard, il refit la même expérience, mias en partant, cette fois-ci, du « cowpox » naturel de la vache, inoculé directement à un enfant.

Puis, à partir de cette lésion humaine, il pratiqua des passages successifs sur d'autres humains, démontrant ainsi que cette maladie était transmissible en série.

Il lui donna le nom de « vaccine ».

Ces sujets, à leur tour, se montrèrent réfractaires à l'égard des insertions ultérieures de virus variolique. Cette technique allait permettre la diffusion de la grande découverte à travers le monde.

Par la suite, on notait cependant une grande

épidémie sur le continent européen en 1823-1824. Puis une autre grave pandémie en 1869-1874, qui fit de nombreuses victimes.

Depuis la variole semble être devenue une maladie endémique, présentant parfois (notamment pendant les guerres et les périodes troublées), quelques réveils. Mais il semble cependant que les hommes aient trouvé un moyen puissant de lutte contre ce fléau, grâce à la vaccination anti-variolique.

C'est à l'emploi de cette même vaccination antivariolique dans le traitement de certaines dermatoses bulleuses, que nous avons consacré ce modeste travail.

# Etude des maladies traitées par la Vaccination antivariolique

## A) Herpès

La vaccination antivariolique a été employée dans l'herpès récidivant depuis plusieurs années en Europe (Angleterre, Allemagne). Le traitement a été proné ensuite aux Etats-Unis d'Amérique, mais, jusqu'à ces temps derniers, rien de cet ordre n'avait été tenté en France.

La majorité des études avaient été faites pour herpès récidivant de la face. Nous nous sommes attachés à voir la valeur de ce traitement dans tous les herpès, quelle qu'en fut la localisation.

Avant d'envisager le traitement, il faut donner des notions sur la microbiologie de l'herpès et sur les maladies ultravirus.

Depuis ces dix dernières années, de nombreux travaux sur les virus filtrants ont été faits. Cette étude est difficile parce qu'il est pratiquement impossible de se procurer des milieux de culture et que les animaux sur lesquels les inoculations sont possibles, sont rares. La caractéristique essentielle d'un virus est de passer à travers le n° 5 de la bougie de Berkefeld. Mais ce caractère n'est pas spécifique et quelques protozoaires, spirochètes et bactéries sont filtrables sous certaines conditions. Pour Brain, lorsqu'une culture stérile et libre de bactéries est capable de produire des lésions chez un hôte susceptible, il est évident qu'un virus est présent. Rivers a montré que les virus pouvaient être absorbés par des agrégats de protéines ou des détritus cellulaires.

Aldershoff, Broers et Rivers, Haagen et Muckenfuss, ont prouvé que la substance des lésions herpétiques et du vaccin antivarioli-que était capable de produire dans les cellules des modifications intracellulaires caractéristiques de la variole et des infections herpétiques sur une culture de tissus. Ils ont inoculé la cornée du lapin avec le virus. Ensuite, après avoir prélevé la cornée, ils la mirent dans une solution isotonique de chlorure de sodium à 37 degrés. Ils trouvèrent alors constamment

les corps de GUARNIERI et des inclusions nucléaires acidophiles.

GRUTER fut le premier à prétendre que l'herpès simple de la cornée pouvait être causé par un organisme vivant. C'est lui le premier qui, après avoir inoculé la cornée du lapin, provoqua une kératite ulcéreuse typique, travaux qui furent confirmés par KRAUPA.

LOWENSTEIN démontra que l'herpès simple récidivant sur la peau ou les muqueuses d'une part, et l'herpès symptomatique (tel qu'on le voit si souvent associé à une pneumonie ou à une méningite cérébro-spinale) d'autre part, étaient susceptibles de déterminer la même kératite typique sur la cornée. Il est indubitable que ce virus de l'hespès a des propriétés neurotropes.

DOERR et VOCHTING, ayant inoculé des lapins, virent fréquemment se développer une encéphalite.

GAY et HOLDEN pensent qu'il n'y a aucun doute que l'herpès soit causé par un virus et qu'il y a une relation directe entre l'encéphalite de l'herpès simple. Ils ont vu des cas d'encéphalite après vaccination, tout spécialement lorsque les sujets étaient vaccinés directement avec les croûtes d'un patient souffrant de vaccine.

La littérature est remplie de références sur la nature et les propriétés du virus her-

pétique et d'études immunologiques concernant ce virus.

Cependant, les auteurs différencient nettement l'herpès zoster (zona) de l'herpès simple. Il est utile, au passage, de considérer brièvement les relations du zona avec la varicelle. A n'en pas douter, il y a des cas de contagion varicelle-zona. Lorsqu'un sujet a guéri d'un zona, il devient immunisé envers le liquide contenu dans les vésicules varicelleuses. Ceci est vrai pour les cas de zona. Lipschutz et Kundratitz, Siegl et Bruusgaard ont produit les manifestations cliniques et histologiques de la varicelle chez un enfant en lui inoculant le zona.

Ce sont Netter et Urbain qui, après s'être servis du sérum de convalescents pour ces anticorps spécifiques et des croûtes de zona et de varicelle comme antigènes, trouvèrent que la réaction de fixation du complément était semblablement positive dans les deux cas et qui en conclurent que les deux maladies étaient causées par le même virus, chacun donnant une immunité spécifique pour l'autre.

L'herpès simple et le zona se présentent cliniquement sous des aspects différents. Il n'y a pas de relation entre eux. L'herpès simple prédispose aux récidives, tandis que le zona immunise. Le zona n'est pas inocu-

lable à l'animal alors que l'herpès simple l'est au lapin. La sérosité passée à travers la bougie n° 5 de BERKEFELD infecte le lapin et peut être inoculée en série. Plus de cent passages ont pu être effectués.

Le virus est ubiquitaire et il est hébergé par beaucoup de porteurs humains (50 à 75 %). C'est la raison pour laquelle il semble logique d'admettre que les deux maladies soient dues à des virus différents, ce qui est confirmé par BEDSON et BLAND, qui ont montré que les réactions de fixation du complément étaient différentes dans les deux maladies.

D'autres auteurs, LEVADITI, HARVIER et NICOLAU, puis BASTAI et BUSACCA sont arrivés à démontrer que le virus de l'herpès existait à la fois dans le sac conjonctival et dans la salive des patients qui avaient des lésions en activité.

HRUSZEK a observé que le virus de l'herpès disparaissait pratiquement de la salive entre les attaques et réapparaissait en grande quantité pendant chaque atteinte. Mais il ne put démontrer où pouvait bien se réfugier le virus pendant les intervalles au cours desquels le sujet ne présentait aucun symptôme de la maladie. La récidive de la maladie indique que le virus est à l'état latent pendant la période intercalaire.

RIVERS, de son côté, a obtenu l'immunité

active de l'herpès chez l'animal en lui administrant des doses subléthales du virus. Les animaux préparés étaient immunisés contre plusieurs doses léthales du virus herpétique et restaient réfractaires pendant plusieurs mois. Le même auteur a démontré la présence, dans le sérum de ces animaux, de corps immunisants spécifiques qui neutralisaient le virus herpétique. Il semble que les anticorps apparaissent dans le sang au moment où l'animal est protégé entièrement et qu'ils s'accroissent proportionnellement au degré de l'immunité.

Hruszek, déjà cité, trouve que, lorsque le sérum normal et la lymphe normale sont additionnés au virus actif, les réactions de dilution surviennent au bout de huit heures, mais que dans les vingt-quatre heures, les réactions typiques déclinent rapidement. Il est possible que le virus soit transporté par le sang ou la lymphe. Il n'a pas été prouvé que la virulence ou le degré d'infectiosité du virus pût être estimé par des expériences sur le lapin. Cependant la virulence du virus pourrait être déterminée avec plus de justesse au moyen de l'inoculation cutanée chez l'homme, en faisant le bilan du tableau clinique. Le virus ne semble pas perdre de sa force après passages répétés chez l'homme.

Gildemeister et Herzberg se sont égale-

ment occupés de la question. Ces auteurs nous rappellent tout d'abord que JENNER connaissait une sorte d'immunité du virus de la variole.

« Quand je vois qu'une peau, qui se montre réfractaire à la variolisation, repousse aussi la vaccine, il me semble que *l'état herpétique de la peau,* pendant l'inoculation variolique est la cause principale de cette immunité, comme l'ont déjà remarqué beaucoup d'auteurs. » (JENNER.)

Ensuite, ces auteurs s'attachaient à démontrer dans une publication sur l'immunité entre l'herpès et la variole, que les deux virus présentaient sur le lapin et le cobaye une immunité cellulaire et humorale partielle et spécifique. Entre autres, ils prouvèrent que l'immunité de la cornée du lapin contre l'herpès entraînait une immunité contre la variole. Le sérum du lapin immunisé contre l'herpès anéantissait non seulement le virus herpétique, mais aussi le virus variolique. Puis, ils se livrèrent à une série d'expériences sur la patte du cobaye.

Dans un premier groupe d'animaux, après leur avoir inoculé le virus herpétique sur la patte, ils obtinrent une lésion typique d'herpès.

Puis ils prirent un deuxième groupe qui avait été immunisé contre la fièvre aphteuse.

Après inoculation de l'herpès, ils purent noter chez ces animaux une certaine immunité, qui cependant était surmontée par la suite. En effet, le 5e jour, la bulle herpétique de ces animaux immunisés était égale à celle des cobayes du premier groupe (animaux témoins).

De plus, les deux déroulements cliniques furent les mêmes.

Dans un troisième groupe, enfin, les auteurs prirent des cobayes immunisés contre la variole. Ils leur inoculèrent également le virus herpétique et ils constatèrent que les lésions d'herpès étaient tout à fait minimes.

En conclusion d'une importante expérimentation et après s'être trouvés d'accord avec les recherches de Valdmann et Trautwein et Von Fortner, Gildemeister et Herzberg affirmèrent que :

1° Le développement de l'herpès chez des sujets vaccinés ne doit pas exclure une immunité partielle.

2° La vaccine ne peut pas toujours conférer une complète immunité contre la vaccine chez l'homme ou un animal d'expérience.

3° Une forte fièvre aphteuse entraînant une immunité contre cette dernière n'est pas en état de protéger contre l'herpès. Alors qu'une injection variolique montre chez l'animal une protection de 75 %.

C'est là une preuve que la protection partielle de la vaccination variolique sur la patte du cobaye doive donner une immunité spécifique contre l'herpès.

4° L'herpès et la variole provoquent donc une immunité croisée, partielle et spécifique sur la patte du cobaye.

Par la suite, FREUND, a montré les relations qui existaient entre l'herpès et la vaccine au moyen de l'immunité-croisée. Il nota une immunité spécifique pour chaque injection, une résistance générale augmentée contre l'injection inoculée avec un virus herpétique hautement virulent chez le cobaye traité au préalable par la vaccine.

De plus, cet auteur a signalé que sept patients qui souffraient depuis plusieurs années d'un herpès récidivant génital et extragénital, virent leur mal disparaître après vaccination par la vaccine.

MINAMI et ONMICHI ont signalé 10 cas d'herpès récidivant traités par une seule inoculation de vaccine avec excellents résultats.

BRAIN rapporte que BARBER a eu de bons résultats avec inoculation répétée de vaccin.

FORSTER et BROOKS ABSHIER citent les observations de 35 sujets atteints d'herpès simple récidivant et traités avec le vaccin antivariolique.

Chaque patient était vacciné 4 fois, à inter-

valle de deux semaines, à moins qu'une « prise » n'eût été notée, auquel cas on attendait l'atténuation de la réaction. Dans ce groupe 5 « prises » furent enregistrées.

La majorité donna des réactions d'immunité qui subsistèrent après les deux semaines d'intervalle.

Dans ce même groupe il fut impossible d'obtenir un résultat chez un sujet ayant un herpès de la hanche, herpès qui, d'ailleurs, pouvait avoir eu un autre substratum étiologique tel que absorption médicamenteuse.

Un malade eut une récidive après 6 mois ; 3 autres eurent une nouvelle poussée après un délai de 12, 14 et 16 mois. Pour tous les cas une vérification fut faite à la fin de la 2e année. Dans quatre cas, il y eut récidive et dans un autre aucun résultat, soit 14 % de récidive.

On ne fit pas le traitement aux sujets présentant une maladie concommittante, telle que pneumonie, herpès périodique en rapport avec les règles, ou avec une absorption médicamenteuse.

On s'était servi du vaccin habituel. On employa plusieurs méthodes de vaccination. Un petit bandage, adhésif était placé sur chaque vaccination pendant 24 heures. La majorité des sujets avaient été vaccinés autrefois préventivement.

Le plus vieux avait 60 ans et le plus jeune

12 ans. Il y avait 12 hommes et 23 femmes.

Le siège le plus commun de l'herpès était la lèvre et ensuite, par osdre de fréquence, le menton, les joues et le nez.

Les maladies qui donnent une immunité de longue durée (telles que zona, varicelle, variole, oreillons, rougeole) sont d'un groupe de virus voisins. Toutefois, cet état est sujet à de grandes variations comme on l'a vu pour l'herpès. Dans le cas d'herpès simple, dans lequel les anticorps spécifiques sont observés dans le sérum et la salive durant et entre les attaques, on peut affirmer que les sujets ont une immunité qui est juste au-dessous de celle qui est nécessaire pour les protéger de récidives futures. Il est fortement probable que l'herpès est un type bénin d'éruption transitoire, pouvant acquérir quelque haut degré d'immunité, mais que dans la majorité des cas, les anticorps soient juste au-dessous du seuil d'invasion, tandis que dans les cas de zona une immunité complète peut être développée.

Il est bien possible qu'un seul contact avec un virus particulièrement virulent soit suffisant pour provoquer une éruption.

En appui avec les statistiques, on voit que la maladie survient plus fréquemment chez les adultes jeunes et qu'elle décroît rapidement lorsque l'âge augmente. Ceci s'explique par le

fait que le sujet s'immunise lui-même par des récidives successives jusqu'au moment où la maladie disparaît.

C'est un fait bien établi que les bactéries puissent présenter des différences morphologiques et cliniques caractéristiques, qu'elles puissent être cultivées sur des milieux différents et malgré tout qu'elles puissent être rangées dans le même groupe général.

Ceci est bien illustré par le groupe typhique, paratyphique A, paratyphique B.

Il paraît logique de penser que le virus de l'herpès soit proche parent du virus de la variole puisqu'il possède beaucoup des caractéristiques de ce dernier, quoiqu'il produise un tableau clinique nettement différent.

Il faudrait expliquer l'immunité croisée entre les deux.

Brain, cependant prétend que les résultats heureux du traitement de l'herpès par la vaccine ne sont pas une réaction spécifique.

En définitive, il y a lieu de penser que le virus herpétique ne diffère pas plus du virus de la variole que n'en diffère le virus vaccinal qui a certainement été altéré par son passage bovin. A la longue le virus a été atténué. Alors, l'action du virus antivariolique est d'augmenter les anticorps, de telle sorte qu'une invasion de virus ne provoquera aucune poussée d'herpès.

Si la formation d'anticorps n'est pas suffisante, il y a récidive d'herpès jusqu'à ce qu'une immunité naturelle soit développée.

Le plus grand succès de la vaccination par le virus vaccinal est celui visant la prophylaxie, mais le traitement raccourcit l'évolution de l'herpès déjà développé et de celui qui est en train de le faire.

Notons aussi pour mémoire, une autre méthode de vaccination de l'herpès, essayée par SCHMIDT, l'auto-vaccination. Cet auteur raconte que les clients qu'il avait vus pour la première fois durant une attaque d'herpès reçurent une application locale et qu'il les pria de revenir le voir à l'attaque suivante, avant que les vésicules ne fussent rompues.

A ce moment-là, il ponctionnait les vésicules avec un petit scalpel et il pratiquait immédiatement une scarification de la peau avec la sérosité ainsi obtenue. L'endroit choisi était la partie supéro-externe du bras.

L'auteur signale qu'il a traité ainsi 8 patients qui étaient atteints d'herpès facial.

Il avait demandé aux sujets de revenir à la première récidive.

4 d'entre eux ne revinrent jamais.

2 autres furent inoculés une deuxième fois et n'eurent jamais plus de troubles.

Quant aux deux derniers, ils n'eurent plus d'herpès pendant une période supérieure à deux ans.

Les deux sujets qui reçurent une deuxième vaccination avaient eu une petite réaction après le premier traitement (on avait noté une petite papulo-vésicule avec zone périphérique d'inflammation).

Un des patients (c'était une jeune femme) eut une réaction générale 4 heures après la vaccination.

Signalons enfin en terminant, que la littérature allemande est remplie d'articles sur l'autovaccination contre l'herpès. Les Allemands prétendent que la percuti-réaction est aussi efficace que la scarification, mais que la réaction locale se traduit alors, par une folliculite.

## B. — APHTOSE

Delbos J. a abordé le problème du syndrome aphteux de la bouche en 1946 et a donné une classification de ces états.

Il semble que l'on puisse distinguer deux grands groupes qui sont les aphtes communs et la sprue d'une part et l'aphtose et la fièvre aphteuse d'autre part. C'est Touraine qui s'est particulièrement occupé de l'aphtose.

C'est une maladie infectieuse générale, un état septicémique dont les multiples manifestations ont pour caractère commun de comporter des ulcérations aphteuses sur une ou plusieurs muqueuses et parfois sur la peau.

Elle procède par poussées et n'est ni auto, ni hétéro-inoculable, ni immunisante.

Il est possible de distinguer :

l'aphtose des muqueuses — On note alors des lésions rappelant les aphtes vulgaires. Cette aphtose est monopolaire ou bipolaire.

Il peut alors s'agit soit : d'*aphtose buccale* caractérisée par des stomatites aphteuses inoculables à la cornée du lapin ou à la patte du cobaye qui font penser que, de ce fait, l'aphtose serait due au virus de l'herpès (ZAMORAI-KUMER).

Mais beaucoup d'autres stomatites ne sont pas transmissibles à l'animal et peuvent s'accompagner cependant d'autres manifestations de l'aphtose.

Les aphtes vulgaires récidivants ne sont pas inoculables au lapin. On en déduit que leur étiologie est différente de celle de l'herpès.

Ou bien il peut être question d'*aphtose génitale*. On avait décrit jusqu'alors l'ulcère aigu de la vulve (ou maladie de LIPSCHUTZ) qui était considérée comme une maladie locale due au b. crassus. Ce dernier ne serait qu'un simple microbe d'infection secondaire. De plus cet ulcère comporterait des manifestations générales (buccales en particulier). En réalité,

en examinant soigneusement le malade, on s'aperçoit que ces lésions ont les caractères d'aphtes, petits et multiples.

« Il en résulte que le terme d'ulcère aigu de la vulve doit disparaître de la nomenclature, car ses lésions appartiennent à l'aphtose ». (Touraine).

Dans un 3e cas enfin on peut se trouver en présence d'une atteinte simultanée des deux muqueuses (buccale et génitale), c'est l'*aphtose bipolaire des muqueuses.*

On constate alors que ce sont les plaies génitales qui sont les plus nombreuses et les plus longues à guérir.

— l'aphtose cutanée-muqueuse — qui montre une extention des lésions sur la peau.

— l'aphtose généralisée où l'on voit des manifestations cutanées et muqueuses associées à des atteintes oculaires, articulaires, avec présence de nombreux symptômes généraux, tels que fièvre, courbature, asthénie, etc...

Au point de vue étiologique il semble que cette affection atteigne surtout les sujets jeunes. Elle ne paraît pas contagieuse. Elle n'est ni auto, ni hétéro-inoculable. Elle présente tous les signes d'une infection générale. Les diverses manifestations relèvent d'une origine hématogène. Comme on l'a déjà vu, le b. crassus, ne paraît pas avoir de valeur patho-

gène. Des analogies cliniques permettent de rapprocher l'aphtose de la fièvre aphteuse et de l'herpès et de penser qu'elle est due aussi à un ultravirus.

L'absence d'inoculabilité à l'animal conduit à admettre que ce virus est différent et seulement voisin de celui de l'herpès ou de la fièvre aphteuse.

### C) Periadenitis Mucosa Necrotica Recurrens (Sutton)

Cette maladie a été décrite indépendamment par Loblowitz et Sutton.

Elle est caractérisée par des ulcérations nécrotiques récidivantes localisées sur les muqueuses buccale et laryngée.

La maladie commence par des nodules rouges douloureux dont les dimensions varient d'une tête d'épingle à une lentille. Ces lésions douloureuses et lisses se nécrosent en 3 ou 4 jours et laissent une dépression cratériforme profonde.

Les lésions ont tendance à se fermer en 5 à 8 jours en laissant une cicatrice souple et lisse à bord irrégulier et d'un diamètre variant de 1/2 à 1 cm.

Les régions atteintes le plus souvent sont les joues, les lèvres et les côtés et la surface de la langue.

Fordyce a observé des lésions sur la vulve d'une femme présentant des éléments sur la bouche. La douleur existe toujours à la période d'ulcération et peut quelquefois apparaître sur les nodules récents. Cette maladie récidive pendant plusieurs années.

L'étiologie en est inconnue. Cette affection survient surtout chez les enfants et les jeunes adultes. Plusieurs membres de la même famille peuvent être affectés à la fois. Loblowitz parle d'un élément neurotique chez ces malades.

A l'examen histologique Sutton a trouvé une nécrose superficielle avec au-dessous, des lésions inflammatoires marquées qui consistent en un infiltrat de plasmatzellens, de fibroblastes, de mononucléaires éosinophiles et de polyblastes.

La vaccination par le vaccin antivariolique a été employée avec succès par Woodburne. De son côté Francesco Ronchez a obtenu d'excellents résultats par la même méthode. Chez le malade traité par ce dermatologiste, des vitamines combinées (B2, PP, C), la sulfapyridine (per os) n'avaient donné aucun résultat. Une auto-inoculation faite avec le liquide prélevé dans une vésicule fut négative. On commença alors une série de vaccination, à raison de 1 par semaine. A partir de la 3e, on put noter une nette amélioration, cependant le

malade reçut encore 14 autres vaccinations. A partir de ce moment-là, la dermatose ne réapparut plus pendant 6 mois. (L'auteur fait remarquer que jusqu'à l'institution de ce traitement, les récidives avaient lieu toutes les semaines).

Ensuite 4 autres inoculations furent pratiquées et 5 mois plus tard aucun élément n'était encore réapparu. Sutton avait envisagé comme traitement de la maladie qu'il avait décrite, l'arsenic, l'huile de foie de morue et les sels de fer. Il conseillait également de se nourrir convenablement et de dormir avec la fenêtre ouverte.

Sutton junior a obtenu des améliorations avec du sulfathiazol. Localement il conseille d'appliquer une solution d'argyrol à 10 ou 15 %. Durant l'attaque l'acide acétylsalicylique donne quelques résultats.

### D) Dermatite Polymorphe douloureuse de Duhring-Brocq

C'est une entité bien définie par Duhring et précisée ensuite par Brocq. Elle est caractérisée par son polymorphisme. On peut, en effet, voir des taches et des placards érythémateux, des vésicules, des bulles, des pustules. Ces divers éléments se cicatrisent lentement, ce qui ne fait qu'augmenter le polymor-

phisme des lésions. Ces éléments éruptifs sont parfois groupés (disposition rappelant soit l'herpès vulgaire, soit l'herpès circiné parasitaire).

Les phénomènes douloureux sont très accusés et constituent un des caractères fondamentaux de la maladie (prurit, brûlures, douleurs aigües) hors de proportion avec les phénomènes éruptifs.

Au point de vue biologique, on insiste sur le fait qu'il existe une éosinophilie dans les bulles ou les vésicules et dans le sang.

L'état général est toujours bien conservé.

L'évolution se fait sous forme de poussées durant de 6 semaines à 6 mois et récidivant à échéances variées.

Cette dermatose est bien définie au point de vue histologique. Les bulles se trouvent entre le derme et l'épiderme (alors que dans le pemphigus, elles sont intra-épidermiques).

Disons tout de suite que l'on ignore la nature de la maladie. Certains auteurs pensent qu'il s'agit d'une affection lymphadénique et la range dans le groupe des maladies portant sur l'appareil hématopoiétique. A l'heure actuelle, on la conçoit sous une forme un peu plus vaste. Ce serait une maladie de la sensibilisation, qui se produirait sur un terrain « prédisposé » à la suite d'incitations diverses telles que toxines microbiennes, parasitaires, chimiques exogènes ou endogènes.

# Relevé de 20 observations personnelles

Nous rapportons ici une vingtaine d'observations qui sont toutes personnelles. Dans un premier groupe, nous avons classé 15 observations relatives à des cas d'herpès récidivant, siégeant à différents endroits tels que, lèvres, orifice narinaire, fesse, organes génitaux, etc., et relevant de causes tout à fait diverses.

Dans un deuxième groupe nous avons rassemblé 4 observations de sujets ayant présenté des aphtes.

Enfin, dans un troisième groupe, nous rapportons 1 cas de maladie de Durhing.

Tous ces malades d'âge et de sexe différents, ont été traités par la vaccination antivarioli-que et ont reçu au total 4 vaccinations à 15 jours d'intervalle, sauf dans les cas où il y avait eu une réaction et où l'on fut obligé d'attendre un peu plus longtemps.

La plupart de ces sujets avaient déjà été vaccinés préventivement contre la variole. Dans tous les cas, on s'est servi du vaccin habituel.

## PREMIER GROUPE

*Sujets traités pour herpès récidivant par la vaccination antivariolique*

### OBSERVATION N° 1

Il s'agissait d'un herpès buccal siégeant autour des lèvres et de l'orifice narinaire chez une jeune fille de 18 ans. Elle avait été réglée pour la première fois à 14 ans. Depuis lors elle présentait tous les mois une poussée ne semblant avoir aucun rapport avec le cycle menstruel.

Le traitement fut commencé le 10 juillet 1947 avec une première vaccination suivie d'une forte réaction. On attendit 20 jours pour faire la seconde inoculation. Puis les deux dernières furent pratiquées normalement à 15 jours d'intervalle.

En décembre 1947, elle n'avait plus présenté de poussée d'herpès depuis la forte réaction consécutive à la première vaccination.

### OBSERVATION N° 2

Nous avons relevé le deuxième cas chez une femme de 42 ans (mariée et mère de 2 enfants), qui présentait très irrégulièrement des poussées d'herpès variant de 3 semaines à 1 mois et demi, dont le siège se trouvait sur la lèvre supérieure et sur les organes génitaux. Les récidives se produisaient surtout en hiver, par temps froids et à l'occasion d'un rhume. Par ailleurs cette femme ne présentait rien de particulier.

On fit le traitement en décembre 1946. Elle eut une faible réaction à la première vaccination.

Ensuite elle eut une nouvelle poussée d'herpès en janvier 1947 après la deuxième vaccination.

Depuis cette malade a été complètement guérie et n'a jamais plus présenté d'atteinte, malgré qu'elle ait contracté plusieurs rhumes pendant l'hiver 1947.

## OBSERVATION N° 3

C'était un homme de 37 ans ayant contracté la syphilis quelques années auparavant et ayant présenté des examens sérologiques positifs. Ce sujet fut traité correctement et sa sérologie fut rapidement négativée. Mais sous l'influence du traitement spécifique (novarséno-benzol et bismuth), il eut pour la première fois de sa vie des poussées d'herpès rythmées par les piqûres et dont la localisation se trouvait sur la lèvre.

(Plusieurs poussées pendant une même série, aucune pendant les repos).

On lui institua le traitement vaccinal, le 15 novembre 1946. Il n'eut aucune réaction.

Mais durant les trois séries suivantes de bismuth il ne constata plus de récidives d'herpès.

## OBSERVATION N° 4

Jeune homme de 21 ans ayant contracté la syphilis au début de 1946. Lorsque on le vit pour la première fois, il était en période secondaire avec une sérologie fortement positive qui devint rapidement négative après la première série mixte (novarsénobenzol bismuth).

Ce sujet qui n'avait jamais été atteint d'herpès, présenta depuis le début du traitement spécifique sept poussées d'herpès jusqu'au mois de janvier 1947.

Localisation au niveau de la verge, du gland et de la région pubienne.

On lui fit alors les 4 vaccinations à 15 jours d'intervalle, sans aucune réaction.

Aucune récidive n'est apparue jusqu'à ce jour.

## OBSERVATION N° 5

Cette observation concerne un jeune homme de 24 ans qui présentait un herpès de l'extrémité de la verge extrêmement douloureux et survenant après le coït. Il ne lui était pas possible d'avoir plus de 3 ou 4 rapports, tellement la douleur était intense. Rien à signaler au point de vue général.

Ce malade nous déclara d'autre part que la poussée

initiale d'herpès avait été déclenchée par des excès génitaux d'un jour.

Le traitement lui fut appliqué en janvier 1947. Il y eut une forte réaction à la deuxième vaccination. On attendit alors 21 jours pour faire la troisième. On put noter une récidive légère en juin 1947 au cours d'un état grippal ; depuis, plus rien.

OBSERVATION N° 6

Il s'agissait d'un homme de 36 ans atteint de prostatite chronique pour laquelle on avait fait de nombreux traitements. Malgré tout, chaque poussée de sa maladie déterminait une récidive d'herpès buccal.

On lui instaura le traitement en février 1947. Il réagit très légèrement aux deux premières vaccinations.

Par la suite, malgré quelques aggravations de sa prostatite, il ne présenta plus d'herpès.

OBSERVATION N° 7

Jeune femme de 28 ans, atteinte de poussée d'herpès autour de l'orifice narinaire, irrégulières quant au rythme. On avait pensé qu'il y avait un rapport entre l'herpès et la métrite dont elle souffrait et on essaya, sans résultat, de faire disparaître l'herpès en soignant la métrite. La vaccination fut alors commencée en mars 1947. Très forte réaction à la première inoculation. On attendit 27 jours avant de faire la deuxième qui fut normale ainsi que les deux dernières. Chez cette malade, on n'a pas pu faire disparaître l'herpès, on a simplement ralenti les poussées. De 2 par mois avant le traitement, les récidives tombèrent à 3, pour la période allant d'avril 1947 à janvier 1948.

OBSERVATION N° 8

Homme de 71 ans présentant des poussées d'herpès, autour de la bouche et sur le pavillon de l'oreille, et survenant tous les deux mois sans aucune cause bien précise depuis l'âge de 25 ans.

On lui fit une première vaccination en septembre

1946 sans aucune réaction. Les 3 autres furent faites à 15 jours d'intervalle.

Depuis lors, ce malade n'a présenté aucune récidive pendant l'année 1947.

## OBSERVATION N° 9

Jeune fille de 22 ans ayant fréquemment de l'herpès autour de la narine droite, en rapport, semble-t-il, avec les règles et les nombreux rhumes qu'elle contractait l'hiver.

Traitement en février 1947 ; aucune réaction à la vaccination. La malade a cependant présenté une récidive après les règles du mois de septembre 1947. Depuis, plus rien jusqu'au 20 janvier 1948 dernière date à laquelle nous l'avons revue.

## OBSERVATION N° 10

Cette observation concernait une jeune femme de 28 ans atteinte d'herpès récidivant de la fesse droite, extrêmement douloureux et s'accompagnant de névralgies intolérables. A chaque récidive (tous les deux mois environ) on notait une dizaine de vésicules apparaissant sur un placard rouge de la dimension de la pomme de la main. L'herpès avait débuté après une grossesse survenue à l'âge de 24 ans.

On fit le traitement en octobre 1946. Il y eut une première réaction très forte, une deuxième atténuée. Puis plus rien.

En décembre 1947, aucune récidive n'était survenue depuis le début du traitement.

## OBSERVATION N° 11

Le cas présent a été relevé chez un étudiant de 22 ans qui présentait des poussées d'herpès déclenchées par les émotions d'un type particulier. En effet, chaque fois qu'il désirait ardemment une femme qui lui résistait tant soit peu il était immanquablement atteint d'herpès génital qui rendait les rapports éventuels bien incertains.

Il reçut une première vaccination en novembre 1946

qui détermina une légère réaction. Ensuite plus rien. Depuis ce malade a présenté une seule poussée en mars 1947 à la suite d'un état fébril mal déterminé.

OBSERVATION N° 12

Chez un garçon de 13 ans s'enrhumant très facilement, on avait remarqué de fréquentes poussées d'herpès pendant l'hiver, dont les sièges habituels étaient la bouche et le nez. Il eut 7 récidives pendant l'hiver 1945-46.

On le traita en novembre 1946. Forte réaction à la première vaccination. 20 jours plus tard, on fit la deuxième vaccination qui ne donna lieu à aucune réaction.

Pendant l'hiver 1946-1947 il n'eut qu'une seule poussée localisée au pavillon de l'oreille. Jusqu'au mois de janvier 1948, il n'a présenté aucune nouvelle atteinte.

OBSERVATION N° 13

Ce jeune homme de 24 ans présentait des poussées d'herpès de la verge depuis janvier 1946, époque à laquelle il avait eu des rapports avec une certaine personne. (6 récidives au total jusqu'à fin octobre 1946).

On lui fit alors 4 vaccinations à 15 jours d'intervalle sans aucune réaction.

Ensuite de nouveaux rapports avec la même personne ne déterminèrent chez lui aucune autre récidive. Même résultat négatif avec une autre partenaire. Cependant, en décembre 1947, il eut une nouvelle poussée localisée aux lèvres à la suite d'une sinusite. Depuis plus rien.

OBSERVATION N° 14

Il s'agissait d'une jeune femme de 23 ans ayant une poussée d'herpès labial, environ tous les 2 mois, déclenché chaque fois par l'apparition des règles.

On lui fit le traitement en février 1947, sans aucune réaction.

Lorsqu'on la revit fin décembre de la même année aucune autre récidive n'était encore apparue.

## *Observations de 15 sujets atteints d'herpès et traités par la vaccination antivariolique*

| *Réaction* | *Nombre de vaccinations* | *Localisation* | *Récidives après vaccination* | *Sexe* | *Age* |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 4 | Lèvre | 0 | F | 18 |
| 1 | 4 | Lèvre Vulve | Après la 2me vaccin. puis plus rien. | F | 42 |
| 0 | 4 | Lèvre | 0 | M | 37 |
| 0 | 4 | Verge Gland Pubis | 0 | M | 21 |
| 1 | 4 | Verge | Après 5 mois puis plus rien | M | 24 |
| 2 | 4 | Bouche | 0 | M | 36 |
| 1 | 4 | Orifice narinaire | Espacement des récidives. | F | 28 |
| 0 | 4 | Bouche Pavillon de l'oreille | 0 | M | 71 |
| 0 | 4 | Narine droite | 7 mois puis plus rien. | F | 22 |
| 2 | 4 | Fesse droite | 0 | F | 28 |
| 1 | 4 | Verge Gland | 4 mois puis plus rien. | M | 22 |
| 1 | 4 | Bouche Nez | 2 mois puis plus rien. | M | 13 |
| 0 | 4 | Verge | 14 mois puis plus rien. | M | 24 |
| 0 | 4 | Lèvre | 0 | F | 23 |
| 0 | 4 | Lèvre | Espacement des récidives. | M | 24 |

## OBSERVATION N° 15

Dans cette dernière observation, il s'agissait d'un jeune homme de 24 ans, ayant des poussées d'herpès labial déclenchées par des facteurs divers tels que, émotions, fièvre, etc..., depuis 3 ans. Pendant l'hiver il avait jusqu'à 2 atteintes par mois.

On le traita en décembre 1946. Il reçut les 4 vaccinations sans aucune réaction.

Depuis les poussées se sont nettement espacées (une tous les 3 ou 4 mois).

## DEUXIEME GROUPE

### *Sujets traités pour éléments aphteux par la vaccination antivariolique*

#### OBSERVATION N° 16

Une infirmière de 37 ans était affligée de nombreuses poussées d'éléments aphteux, siégeant au niveau de la bouche et lui donnant de fortes douleurs qui la gênaient tout particulièrement pour s'alimenter.

Elle reçut alors 4 vaccinations en janvier 1947 dont la première fut suivie d'une réaction moyenne. Quelques éléments isolés apparurent pendant le traitement.

A l'heure actuelle, on note une forte régression de la maladie quoique quelques éléments persistent.

#### OBSERVATION N° 17

Cette jeune fille de 23 ans était atteinte d'aphtose-bipolaire. Tantôt les éléments apparaissaient dans la région buccale, tantôt dans la sphère génitale.

A partir de 1945, les poussées devinrent subintrantes.

Elle fut vaccinée pour la première fois en février 1947 et eut une forte réaction qui obligea à attendre 20 jours pour faire la seconde vaccination.

Depuis, les éléments génitaux ont disparu et seuls ont subsisté quelques éléments de la muqueuse buccale.

#### OBSERVATION N° 18

Ce petit garçon de 7 ans présentait depuis un an des éléments aphteux très douloureux, localisés à la bouche, et se reproduisant presque sans arrêt.

On fit le traitement en mars 1947. Il y eut une forte réaction à la première inoculation. On attendit 21 jours pour faire la seconde vaccination. Ensuite, on

nota une nouvelle réaction, légère cette fois, après la 4me vaccination.

Depuis, cet enfant n'a eu qu'un seul élément en juillet 1947, au niveau de la bouche.

OBSERVATION N° 19

A la suite d'une aphtose bipolaire et cutanéo-muqueuse survenue en 1945 « avec asthénie, forte fièvre, etc... ». Une jeune fille de 26 ans présentait tous les 15 jours des éléments aphteux survenant sur la muqueuse buccale ou génitale.

On commença le traitement en janvier 1947. Quatre vaccinations successives sans aucune réaction.

Le résultat fut excellent. Aucun élément n'est apparu depuis et surtout la vaccination a provoqué un très bon redressement de l'état général de cette personne, qui était jusqu'alors cachectique.

Aujourd'hui, elle se porte à merveille.

## TROISIEME GROUPE

### *Sujet traité pour une maladie de Duhring par la vaccination antivariolique*

OBSERVATION N° 20

Cette dernière observation concernait un homme âgé de 65 ans. La première atteinte remontait à 6 mois depuis mars 1947. On avait traité ce malade sans aucun succès avec l'arsenic, néo-antergan, etc... Dans ses antécédents personnels, on retrouvait une variole contractée en Espagne à l'âge de 22 ans.

On lui fit le traitement en septembre 1947. Il reçut quatre vaccinations.

Les bulles n'ont jamais réapparu. Mais, par contre, il subsiste à l'état constant un prurit violent sur les membres supérieurs où il se développe par période des éléments urticariens et des papules de prurigo.

# Conclusion

Essayons donc, maintenant, en examinant les résultats obtenus, d'apprécier la valeur exacte de cette nouvelle thérapeutique.

Il est indubitable, si l'on s'en rapporte aux observations, que dans l'herpès, notamment, les succès soient nombreux.

Les statistiques américaines, aussi bien que la nôtre sont absolument d'accord sur ce point et la vaccination nous paraît très fortement indiquée chez les malades présentant de l'herpès récidivant.

Pour ce qui est des aphtes, les succès sont moins éclatants que pour l'herpès; cependant, les gains obtenus ne semblent pas négligeables. Peut-être qu'en ayant recours à de plus nombreuses vaccinations ou en les rapprochant davantage, obtiendrait-on des résultats meilleurs ?

Ce sont là des points à débattre que nous soumettons à la sagacité des médecins qui voudront bien s'intéresser à la question. Mais, de toute façon, comme nous ne possédons pas

de traitement vraiment spécifique de cette affection, nous pensons qu'il est utile d'essayer la vaccination dans tous les cas où un sujet présente des aphtes à répétition.

Pour ce qui est du périadenitis mucosa recurrens, c'est une maladie assez rare en France et personnellement, nous n'en avons vu aucun cas. Mais, étant donné les résultats obtenus par les dermatologistes américains, nous pensons qu'il faut avoir recours à ce traitement, mais en ne se contentant pas d'un total de quatre vaccinations comme pour les dermatoses précédentes.

Pour la maladie de DUHRING enfin, il est très difficile de se faire une idée sur l'efficacité du traitement. En effet, les régressions des poussées sont tellement bizarres, que souvent elles peuvent coïncider avec l'administration d'un médicament. On parle alors, à tort, d'activité thérapeutique, là où il n'y a que coïncidence.

De plus, on considère cette maladie à l'heure actuelle, comme un syndrôme et il est possible que la vaccination antivariolique puisse avoir une action sur certaines formes de cette dermatose.

Insistons enfin, sur le fait que nous n'avons jamais vu survenir de complications (telle qu'une encéphalite) chez les malades que nous avons traités,

Dans ces conditions, nous pensons que ce traitement a droit de cité dans l'arsenal thérapeutique des dermatoses et nous souhaitons qu'à l'avenir les médecins puissent trouver là un nouveau remède efficace.

Vu :
*Le Président de Thèse*
A. NANTA.

Vu :
*Le Doyen*
J. CALVET

*Vu et permis d'imprimer :*
Toulouse, le 29 février 1948
*Le Recteur*
Président du Conseil de l'Université
Paul DOTTIN

# Bibliographie

## I. — HERPES


Brain (R. T.). — Viruses and Skin Diseases, *Brit. M. J.* 2 : 191-194 (29 juil. 1933-1928).

Rivers (T. M.). — Filterables Viruses, Baltimore, Williams and Wilkins Company.

Aldershoff (H.) et Broers (C. M.). — Contribution à l'étude des corps intra-épithéliaux de Guarnieri, *Ann. Inst. Pasteur* 20 : 779-784, 1906.

Rivers (T. M.) Haagen (E.) and Muckenfuss (R. S.). — Development in Tissue Cultures of Intracellular Changes Characteristie of Vaccinal and Herpetic Infections, *J. Exper. Méd.* 50 : 665-672 (Nov.) 1929.

Grüter (W.). — Weitere Untersuchungen über die Vaccineimmunität des Auges *Ber. ü. d. Versamml d. ophth. Gesellsch.* 37 : 269-275, 1912.

Kraupa (E.). — Zu Grüters ätiologischen Untersuchungen über den fieberhaften Herpès, *München med. Wchnschr.* 6 : 769, 1919.

Lowenstein (A.). — Ætiologische Untersuchungen über den fieberhaften Herpès, *München. med. Wchnschr.* 66 : 769, 1919.

Doerr (R.) et Vochfng (K.). — Etudes sur le virus de l'herpès, *bul. Rev. gén. d'ohpt.* oct. 1920.

Gay (F.) et Holden (M.). — Loss of Viricidal Property in Serums from Patient with herpès and Encephalites, *J. A. M. A.* 96 : 2028-2029 (13 juin 1931).

Lipschütz (B.) et Kundratitz (K.). — Ueber die Ætiologie des zoster und über seine Beziehungen zu Varizellen, *Wien. Klin. Wchnschr.* 39 : 499-503 (7 mai 1925).

Siegl (J.). — Zum âtiologischen zusammenhang von herpès zoster und Varizellen, *Müchen med. Wehnschr.* 74 : 189 (4 février 1927).

Bruusgaard (E.). — Mutual Relation Between zoster and Varicella, *Brit. J. Dermat.* 44 : 1-24 (janvier 1932).

Netter (A.) et Urbain (A.). — Le virus varicello-zonateux. *Ann. Inst. Pasteur* 46 : 17-26 (janvier 1931).

Bedson (S. P.) et Bland (J. O. W.). — Simple method of Determining Electrical charge Carried by virus Particles, *Brit. J. Exper. Path.* 10 : 67-70 (février 1929).

Levaditi (C.), Harvier (P.) et Nicolau (S.). — Etude expérimentale de l'encéphalite di-

te « léthargique », *Ann. Inst. Pasteur* 36 : 63-101 (janvier 1922).

Bastai (P.) et Busacca (A.). — L'infezione erpetica humana (Herpès) Sua Patogenesi, pretesi rapporté colla encefalite epidemica, *Schweiz. Arch. f. Neurol. U. Psychiat.* 15 : 176-238, 1924.

Hruszek (H.). — Imp fversuche mit Eigenspeichel zum Nachweis des Herpès-virus, *Dermat. Wehnschr.* 96 : 677-680 (20 mai 1933).

Hruszek (H.). — Versuche über die Resistenz des Herpes virus, *Dermat. Wehnschr.* 98 : 73-78 (20 janvier 1934).

Foster (D.) et Brooks Abshier. — *Archives of Dermat. and Syphil.* 1937, tome 36.

Hruszek (H.). — Ueber die Virulenz - bzw. Infekiositätsunterschiede verschiedener Herpesstämme, *Dermat. Wchnschr.* 98 : 672-682 (2 juin 34).

Gildemeister (E.) et Herzberg (K.). — Weitere Versuche über Immunitâts beziehungen zwischen Herpès und Pocken, *Deutsche med. Wchnschr.* 53 : 138 (21 janvier 1927).

Freund (H.). — Die Behandlung des rezidiviercuden Herpes mit Kuhpocken lymphe, *Deutsche med. Wchnschr.* 54 : 356-357 (2 mars 28).

SCHMIDT (F. R.) — Vaccination for herpès, *Arch. Dermat. et Syph.* 32 : 106 (juillet 1935).

MINAMI (S.) et OHMICHI (N.). — Klinische Erfohrungen mit Vakzination bei Herpès genitalis, *Jap. J. Dermat. et Urol.* 30 : 54-56 (mai 1930).

BRAIN (R. T.). — Biological Thérapy in Virus Diseases, *Brit. J. Dermat.* 48 : 21-26 (janvier 1936).

## II. — APHTOSE

TOURAINE (A.). — Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, séance spéciale, 9 janvier 1941, son *Bulletin*, janvier t. XLVIII n° 1, pp. 61-104 ; *Progrès Médic.* 29 mars 41, n° 13, 14, pp. 227-229. *Presse Médicale,* 28-31 mai 1941, pp. 571-573 (aphtose).

TOURAINE (A.), LORTAT-JACOB (E.) et FRANÇOIS (A.). — Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, 10 avril 1941, pp. 351-354 (aphtose cutanéo-muqueuse).

TOURAINE (A.), FRANÇOIS (A.) et ROUZAUD. — Société Française de dermatologie et de syphiligraphie, 8 mai 1941, pp. 419-421 (*B. crassus sapophyte*).

## III. — PERIADENITIS MUCOSA NECROTICA RECURRENS

SUTTON. — *Jour. Cuta.,* 1911, p. 65.

LOBLOWITZ (cité par ELLER et REIN).

Fox (H.). — *Archives of Dermat. and Syphil.* 1920, p. 255.

Stomatite aphteuse d'une durée de 23 ans.

Michelson. — *Archives of Dermat. and Syphilol.* 1923.

Periadenitis mucosa necrotica recurrens.

Fordyce. — *Archives of Dermat. and Syphilol.* 1920, p. 256.

Sutton Junior. — (*J. A. M. A.* 1941, p. 175).

Woodburne. — *Archives of Dermat and Syphilol.* 1941, p. 543, Tome XLIII.

Francesco Ronchese. — *Archives of Dermat. and Syphilol.* Tome 56, pp. 553, octobre 1947. (*New. England Dermatological Society* - Boston, décembre 47).

## IV. — MALADIE DE DUHRING

Nous n'avons rien à ajouter sur cette maladie aux travaux qui ont été faits dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Tome de Dermatologie).